＜ 記入例 ＞

※ | | － | | | | | | | － | |

児童手当（特例給付）受給事由消滅届

受給者	氏　名	西宮　太郎	生年月日	(昭和)・平成・西暦 48年6月7日
	住　所	西宮市 六湛寺町１０－３	電話（0798）35 － 3189 携帯（090）**** － ****	

消滅した受給事由（該当するものを○で囲んでください。）

1 受給者が日本国内に住所を有しなくなった。
2 受給者が他の市区町村に転出した。
3 受給者が公務員になった。
4 主たる生計維持者でなくなった。 理由：婚姻・扶養変更
その他（　　）
(5) 支給要件の児童について、次の事実が生じた。
ア 海外へ出国した、または海外に居住している。
イ 施設に入所した、またはしている。（施設名：　　）
(ウ) 監護しなくなった。
(エ) 生計を同じくしなくなった。
オ 生計を維持しなくなった。
カ 15歳に達した日の属する年度が終了した。
キ 死亡した。
6 その他（　　）

５の場合における児童の氏名	西宮　一郎
消滅事由が発生した日	平成・(令和) 3年 5月 1日

令和 3年 5月 14日

西宮市長 宛

※ | | － | | | | | | | － | |

備考	入力・確認	受付年月日
		担当者名

※印の欄は、記入しないでください。